Zusammenhänge

zwischen

Pensionierungskrankheit und Alter

bei Arbeitern und Angestellten eines Berliner Großbetriebes vom Standpunkt des Betriebsarztes aus gesehen

---

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Medizinischen Doktorgrades

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Siegfried von Broecker

aus Halle a. S.

Tag der Promotion: 23. Januar 1941

Buchdruckerei Franz Linke, Berlin NW 7, Marienstr. 13

M 381

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kreuz

Referent: Ministerialrat Dr. Dr. Bauer

Korreferent: Prof. Dr. Zeiss

Vorbemerkung.

In einem Berliner Großbetrieb wurde bereits Ende des vergangenen Jahrhunderts eine Pensionskasse gegründet. Ihre Aufgabe bestand damals schon in der Betreuung der alten, nicht mehr arbeitsfähigen Gefolgschaftsmitglieder, die länger als zehn Jahre der Firma angehört hatten. Dabei ging man von dem Gedanken aus, daß ein Arbeiter oder ein Angestellter, der viele Jahre, selbst Jahrzehnte hindurch seine ganze Arbeitskraft in den Dienst der Firma gestellt und somit an ihrem Aufbau mitgeholfen hatte, wohl mit Recht erwarten konnte, daß man ihn dann nicht einfach entließ, sondern ihm half und ihn unterstützte.

Durch das am 1. 1. 1913 in Kraft getretene Versicherungsgesetz für Angestellte war eine Weiterführung der ursprünglich gemeinsamen Pensionskasse für Arbeiter und Angestellte nicht mehr möglich. Sie wurde daher in eine Pensionskasse für Arbeiter und eine solche für Angestellte geteilt, die neben der gesetzlichen Versicherung zusätzlich ihre Leistungen gewähren.

Die Kosten der Pensionskasse wurden zunächst während ihres gemeinsamen Bestehens von einem Grundstock getragen, der um das Jahr 1897 herum die damals ansehnliche Summe von 1 Million Mark betrug. Mit zunehmender Vergrößerung der Betriebe wurden natürlich auch diese Zahlen wesentlich erhöht, bis sie sich in letzter Zeit auf einer fast gleichmäßigen Grundlage gehalten haben.

Die Gefolgschaftsmitglieder zahlen keine Beiträge. Die hauptsächlichsten Einnahmen der Pensionskassen bestehen in heutiger Zeit aus:

1. den jährlichen Vermögens-Zinsen und
2. den Jahresbeiträgen, die der Betrieb regelmäßig an Pensionskassen abführt.

I. Die Grundsätze der Pensionierung.

„Es ist nicht der Wunsch und das Ziel des Deutschen Menschen, daß er mit soundsoviel Jahren pensioniert wird, sondern ich glaube, es ist das Ideal der Deutschen Menschen, daß er möglichst lange als vollwertiges Glied in der Gemeinschaft seines Volkes stehen kann." (Dr. Gerh. Wagner.).

Mit diesen Worten umriß der verstorbene Reichsärzteführer die jetzige Einstellung des Deutschen Menschen zur Pensionierungsfrage. Heute handelt es sich in ganz besonderem Maß um die möglichst lange Erhaltung in Arbeit und Erwerb aus eigener Kraft. Nun ist es allerdings nicht jedem Menschen möglich, bis in sein hohes Alter zu arbeiten; denn abgesehen von Krankheiten setzen vielfach anlagebedingte körperliche Verbrauchserscheinungen dem rüstigsten Arbeiter oder Angestellten oft recht früh ein Ziel seines arbeitsreichen Lebens.

Es soll in den folgenden Ausführungen besonders untersucht werden, welche Zusammenhänge bestehen zwischen den am meisten auftretenden Erkrankungen, die zur Pensionierung führen, und dem Alter, in dem diese sich bei den einzelnen Menschen zuerst bemerkbar machen. Ferner soll untersucht werden, ob, nach der Ansicht des Betriebsarztes, durch Frühdiagnose und durch sofortige Behandlung die Möglichkeit besteht, die Pensionierungsursachen soweit wie möglich auszuschalten, und das Alter, in dem die Pensionierung stattfinden müßte, noch weiter heraufzusetzen.

Um in den Genuß der Pension zu kommen, ist es in unserem Falle erforderlich, zumindest zehn Jahre ununterbrochen im Betrieb tätig gewesen zu sein. Diese Bestimmung gilt in gleicher Weise für Arbeiter und Angestellte.

Ist das Gefolgschaftsmitglied nicht genötigt, sich infolge von Krankheit pensionieren zu lassen, so liegt der früheste Zeitpunkt gewöhnlich im 65. Lebensjahr, einem Alter, das wohl mehr der Notzeit vor einem Jahrzehnt entspricht (da Arbeitskräfte mehr vorhanden waren, als Arbeit), als den allgemeinen gesundheitlichen Erfordernissen. Denn wie mancher, mit 65 Jahren noch äußerst rüstige Mensch hätte lieber weitergearbeitet, als so früh die Hände in den Schoß zu legen und dadurch noch schneller zu altern.

Wie schon eingangs erwähnt, ist die Voraussetzung für die Pensionierung eine vorangegangene ununterbrochene 10-jährige Beschäftigung. Die volle Pension wird aber auch bei Arbeitern und Angestellten gewährt, die wegen eines Unglücksfalles vor der Erfüllung der 10jährigen Wartezeit dauernd erwerbsunfähig werden und auch nicht mehr in einen anderen Beruf eingegliedert werden können.

Hierzu kommt noch als besondere Vergünstigung, daß die ohne eigenes Verschulden so früh Pensionierten den für eine 15-jährige Dienstzeit vorgeschriebenen Pensionssatz erhalten, zu dem noch durch eine besondere Verrechnung gegebenenfalls die Invalidenrente oder das Ruhegeld der Angestelltenversicherung hinzukommt.

Sollte ein Gefolgschaftsmitglied im Laufe einiger Jahre sich soweit in seinem Befinden wieder gebessert haben, daß es die Arbeit wieder aufnehmen kann, so ist natürlich die Pensionskasse berechtigt, die Sätze zu kürzen oder auch ganz zu streichen.

Das Verfahren zur Erlangung einer Pension ist gewöhnlich folgendes: das Gefolgschaftsmitglied oder das Werk stellen den Antrag auf Pensionierung, der nach geschäftlicher Prüfung dem Betriebsarzt zur ärztlichen Begutachtung zugestellt wird. In dem Gutachten soll das Urteil darüber abgegeben werden, ob das Gefolgschaftsmitglied dauernd oder nur vorübergehend erwerbsbeschränkt ist, und welcher Grad der Erwerbsunfähigkeit besteht. Das Gutachten wird dann weitergeleitet an die Betriebsleitung zur endgültigen Beschlußfassung über den gestellten Antrag.

Die in den meisten Fällen schon mehr oder weniger lange dauernde Erwerbsfähigkeit geht dann meist unmittelbar in die Pensionierung über.

Die Pensionierungskrankheiten mit Berücksichtigung der körperlichen Verbrauchserscheinungen und des Alters.

Die körperlichen Verbrauchserscheinungen als Ursachen der Pensionierungserkrankungen.

1. Die Konstitution.

Das Verhalten eines Menschen zu den Umweltseinflüssen wird durch die gesamte Körperbeschaffenheit, die

Körperverfassung bzw. Konstitution bestimmt, der die Arbeitsbedingungen des einzelnen Menschen angepaßt werden.

Der Astheniker eignet sich besonders gut für leichtere Arbeiten, wie Feinmechanik, leichte Montage- oder Büroarbeiten. Er ist, wie ja bekannt, zu den verschiedensten Erkrankungen disponiert und sehr empfänglich — infolge seiner geringen Widerstandsfähigkeit — für die sogenannten chronischen Erkrankungen, die dann auch wesentlich zu seiner Pensionierung beitragen. Tuberkulose, Magen- und Darmerkrankungen finden sich beim Astheniker besonders häufig. Ueber die familienmäßige Ausbreitung der Tuberkulose, die in der Hauptsache wiederum Asthenikerfamilien betrifft, siehe in dem Kapitel über Tuberkulose der Atmungsorgane.

Pykniker und Athleten sind naturgemäß für die schweren Berufe bevorzugt verwendungsfähig. Sie stellen die Hauptmasse der Schmiede, Schlosser und all der anderen Schwerarbeiter, die den körperlichen Verbrauchserscheinungen besonders stark ausgesetzt sind. Witterungseinflüsse treffen den Pykniker in erhöhtem Maße, die daraus entstehenden Erkrankungen, wie Rheumatismus der Gelenke und Muskeln werden bei ihnen fast nie völlig ausgeheilt und zwingen zu frühzeitiger Pensionierung. Die Arthrosis deformans als Abnutzungskrankheit und die Gicht als die den Pykniker bevorzugende Stoffwechselkrankheit mit ihren für diese kräftigen Männer unangenehmen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen sind mit die größten Sorgen für den Betriebsarzt. Der Pneumonie erliegen Pykniker meist in dem besten Lebensalter. Eine kurze Uebersicht möge in Zahlen Aufschluß geben:

1938 erkrankten an Pneumonie im Alter von		Todesfälle
50—59 Jahren	32	16 (50 %)
60 Jahre und höher	15	11 (73,3 %)

Dazu kommen die oft nicht restlos geklärten Fälle von Bronchopneumonien, die sehr oft unter der Diagnose Bronchitis geführt werden, letzten Endes aber doch eine Pneumonie gewesen sind.

2. Der persönliche Lebenswandel.

Zusammenhänge zwischen Konstitution und persönlichem Lebenswandel sind möglich und sicher auch vorhanden. So wird der Astheniker vor allem durch die langdauernde Arbeit und die zusätzlichen Wege nach und von der Arbeit geistig und namentlich körperlich besonders stark beansprucht. Meist ist er dann zu müde, um sich noch außerberuflichen Schädigungen, auch persönlicher Art, auszusetzen. Gastroptose, Gastritis, Ulcus ventriculi und -duodenie sowie Lungentuberkulose sind meist Erkrankungen, welche in erster Linie bei diesen wenig widerstandsfähigen Gefolgschaftsmitgliedern festgestellt werden. Der Pykniker neigt dem Alkohol zu, wenn natürlich auch nicht jeder Pykniker Alkoholabusus treibt. Er lebt vielfach in einer hypomanischen Stimmungslage, liebt die Gesellschaft und geht bis spät in die Nacht hinein aus. Diese an sich harmlos erscheinende Lebensfreude hat aber auch ihre ernsten Seiten. Nicht weit vom Zechen liegt ja bekanntlich eine gesteigerte Sexualität, und diese beginnt gerade in der Großstadt schon in verhältnismäßig jungen Jahren. Die Mehrzahl der Luetiker ist von vorwiegend pyknischem Konstitutionstyp; so sehen wir oft bei den Einstellungsuntersuchungen kräftige Männer, aber auch Frauen in den besten Jahren mit einer zur Zeit noch keine äußeren Erscheinungen machenden Lues zu uns kommen. Diese sind dann teils erstaunt, eine solche Erkrankung zu haben, teils versuchen sie bewußt zu verschweigen, einen Infekt durchgemacht zu haben, um sich den für sie unbequemen Behandlungsmethoden zu entziehen. Für das Jahr 1938 sind bei unserer Betriebskrankenkasse die Krankmeldungen mit der Diagnose „Lues" und „Gonorrhoe" durch folgende Zahlen belegt:

Lues.

Alter	männlich Zahl: 29	+	weiblich 27	= 56
bis 19	1		2	
20—29	8		4	
30—39	10 = 17,8 %		14 = 23,1 %	
40—49	10		7 !	

Es sind hier nur die jeweils neu der Krankenkasse gemeldeten Fälle berücksichtigt. Auffallend ist jedoch, daß in

den Altersklassen bis zu 19 Jahren und zwischen 30 und 40 die Frauen eine höhere Erkrankungsziffer aufweisen als die Männer.

Bei der Gonorrhoe liegen die Verhältnisse ähnlich. Auch hier ist es auffallend, daß die Erkrankungszahl bei den Frauen im Alter bis zu 19 Jahren und eigenartigerweise auch in dem höheren zwischen 40 und 50 Jahren liegenden Alter ein Mehrfaches der männlichen Erkrankungen beträgt.

Gonorrhoe.

Alter	männlich Zahl: 83	+	weiblich 37	= 120
bis 19	3		6	
20—29	50		25	
30—39	29		2	
40—49	1 = 0,8%		4 ! = 3,3 %	

In den folgenden Jahren sinkt die Zahl der Erkrankungen bei Frauen schnell wieder ab, während bei Männern die Zahlen im Verhältnis auch weiterhin noch hoch bleiben. Für das nochmalige verhältnismäßig starke Ansteigen bei Frauen in dem Alter zwischen 40 und 50 Jahren kann man wohl eine gewisse „praeklimakterische Euphorie" als Ursache annehmen. Doch sollen diese Zahlen immerhin zu denken geben; denn gerade hier liegen oft die so schwer zu erreichenden Infektionsquellen.

In mehr oder minder unmittelbarem Zusammenhang mit den oben angeführten Erkrankungen steht das Gebiet der Fehlgeburten, welches hier kurz gestreift werden soll. Trotzdem die Mitgliederzahl der Betriebskrankenkasse von 1934 bis zum Jahre 1938 um fast das Doppelte zugenommen hat, ist erfreulicherweise die Zahl der Fehlgeburten nicht angestiegen, sondern hat sich auf der früheren Höhe gehalten. Die Geschlechtskrankheiten und die Fehlgeburten sind als die Folgen des persönlichen Lebenswandels meiner Meinung nach auch durch den Betriebsarzt beeinflußbar; wenn es sich auch dabei um Dinge des persönlichen Lebens des Einzelnen handelt, so ist doch dem Arzt eigentlich nichts mehr zugänglich als gerade dieses Gebiet. Und gerade hier muß die persönliche Beeinflussung und menschliche Beratung unter vier Augen einsetzen. Hier muß den Frauen schonungslos die Schwere der Folgen der Geschlechts-

erkrankungen und der Fehlgeburten vor Augen geführt werden. Hier sollen sie über die Zusammenhänge der Geschlechtskrankheiten und der meist auf dieser Grundlage beruhenden Unterleibserkrankungen und der oft dadurch bedingten Sterilität belehrt werden.

Zur Sterilitätsfrage sei noch erwähnt, daß im ganzen Reich die Verluste durch Gonorrhoe zahlenmäßig die durch Lues übersteigen. Bei vorsichtiger Schätzung können jährlich etwa 35—40 000 Geburtenausfälle durch die Gonorrhoe und Lues und 2—3000 Totgeburten und etwa 2000 Sterbefälle durch angeborene Lues, also insgesamt etwa 45 000 Geburtenausfälle durch Sterilität angenommen werden.

Ein weiteres Problem sind die nichtvenerischen Erkrankungen der Geschlechtsorgane bei Frauen.

Wenn auch erfreulicherweise die Pensionierungsziffern hier niedriger liegen als bei den anderen angeführten Erkrankungen, so sind doch die Erkrankungsziffern nach der Krankenkassen-Statistik von 1938 wesentlich ungünstiger. Bei Frauen betrugen die Pensionierungen insgesamt 27 (bei Männern: 1). Die Krankenkassen-Statistik ergab folgende Zahlen:

Alter	Zahl der Erkrankungen (Gesamtzahl: 1654)
bis 19	122
20—29	814 = 48,1 %
30—39	524
40—49	194

Wir sehen, daß der Höhepunkt der akut einsetzenden und zur Behandlung gelangenden Fälle mit 814 in dem Altersabschnitt zwischen 20 und 29 Jahren liegt, dann im nächsten Jahrzehnt erst noch 524 und im Alter zwischen 40 und 49 Jahren immerhin noch 194 beträgt. Die sehr niedrige Zahl von insgesamt 27 (1,6 %) Pensionierungen zeigt, daß diese nichtvenerischen Erkrankungen sich durch eine sofort einsetzende und energisch durchgeführte Therapie verhältnismäßig gut beeinflussen lassen und, wenn sie erst chronisch geworden sind, doch nicht so starke Beschwerden verursachen, daß dadurch eine Pensionierung erforderlich ist.

3. Der Arbeitsplatz und seine Umgebung.

„Schönheit der Arbeit" und die freundliche Ausgestaltung des Arbeitsplatzes sind heute Begriffe, die sich allgemein Eingang in fast jedem größeren Betrieb verschafft haben. In großen Neubauten sind diese Gesichtspunkte leicht zu berücksichtigen, in älteren Bauten sollen nachträglich gleich günstige Einrichtungen für alle geschaffen werden. Sinn und Zweck der Propaganda des Amtes für Schönheit der Arbeit der Deutschen Arbeitsfront ist es nicht, Arbeitsplätze zu schaffen, die vielleicht „komfortabel" zu nennen sind. Das Zweckmäßige und die Arbeit in den meisten Fällen Erleichternde ist da wohl auch das Schöne. Aber nicht nur der Arbeitsplatz selbst soll so beschaffen sein, daß er dem einzelnen Arbeitskameraden die Arbeit zur Freude macht, sondern auch die Umgebung soll diesen Bedingungen angepaßt werden. Besonders dort, wo Männer und Frauen in einem Raum zusammen arbeiten, soll in jeder Weise Rücksicht genommen werden. Eine besonders gute Menschenkenntnis voraussetzende Arbeit kommt hier vor allem bei der Frauenarbeit den Meistern und anderen Vorgesetzten zu, die sich in jedem Falle an den für das betreffende Werk zuständigen Betriebsarzt wenden sollen. So werden mancherlei persönliche und andere Unzuträglichkeiten beseitigt.

4. Der Weg zur Arbeitsstätte mit Berücksichtigung der Groß-Berliner Verkehrsverhältnisse.

Ein besonderes Problem bei dem heute so ungeheuer starken Einsatz sind die Groß-Berliner Verkehrsverhältnisse. Während in einer mittleren Stadt oder einer kleineren Großstadt ein Arbeiter oder Angestellter seinen Weg zur Arbeitsstätte in mehr oder weniger kurzer Zeit mit oder auch ohne ein öffentliches Verkehrsmittel erreichen kann, liegen die Verhältnisse hier gänzlich anders. Die gewaltige Ausdehnung Berlins und die große Entfernung der in den letzten Jahrzehnten erbauten neuen Siedlungsgebiete rund um Berlin gestalten dieses Problem sehr schwierig. So sind Anfahrtszeiten bis zu einer Stunde mit 53 Proz. am meisten vertreten, während 11 Proz. immerhin noch über eine Stunde benötigen, um ihre Arbeitsstelle zu erreichen. Es ist wohl von einigem Interesse, zu sehen, in welchem Maße in

Berlin für einen Großbetrieb die Verkehrsmittel eingesetzt werden, wie lange Zeit der Weg zur Arbeitsstätte beträgt und welche Entfernung dabei (nur eine Wegstrecke ist hier berücksichtigt) zurückgelegt werden müssen. Die folgenden Uebersichten wurden auf Grund einer Rundfrage bei mehreren tausend Gefolgschaftsmitgliedern gewonnen.

1. Verkehrsmittel

Stadtbahn und Ringbahn	40 %
Fahrrad	21 %
Straßenbahn	16 %
Zu Fuß	13 %
Vorortzug (Dampfzug)	7 %
Untergrundbahn	1 %
Auto und Motorrad	1 %
Omnibus	1 %

2. Zeit des Anfahrtweges und Entfernung

a) Zeit	% der Gefolgschaft
bis 10 Min.	5
10—30 Min.	31
30—60 Min.	53
60 und mehr	11

b) Entfernung	% der Gefolgschaft
bis 5 km	7
5—10 km	42
10—20 km	38
20—30 km	11
30 und mehr	2

Die heute notwendigerweise verlängerte Arbeitszeit und die langen Abfahrtswege bedingen eine außerordentlich starke Belastung selbst des widerstandsfähigsten Menschen. In den meisten Fällen ist der Weg zur Arbeitsstätte etwa folgendermaßen: Etwa ½5 Uhr früh Aufstehen, schnelles Frühstück, Eilen zum mehr oder weniger nahe gelegenen Bahnhof und das Fahren in stark überfüllten Zügen, in denen die Luft überall schlecht ist, ob man „Raucher" fährt oder „Nichtraucher": nach einer so langen Anfahrt ist der Mensch allgemein schon müde und soll anschließend

noch die vorgesehene Zeit hindurch arbeiten und nach Arbeitsschluß denselben Weg wieder zurücklegen. Noch schlechter ist die Fahrt in der Untergrundbahn während der Hauptverkehrszeit. Die verbrauchte Luft in den Wagen kommt noch zu der in den Untergrundanlagen allgemein vorherrschenden muffigen Kellerluft und der dort gebrauchten Beleuchtung. Solchen Belastungen kann sich eigentlich nur derjenige aussetzen, der wirklich über eine ausgezeichnete Gesundheit verfügt. Aber auch hier muß es im Laufe der Jahre in Verbindung mit der normalen Abnutzung des Organismus zu Störungen in der Gesundheit kommen, wenn nicht unmittelbar, so doch bei Menschen, die durch schon bestehende Erkrankungen vorbelastet sind, mittelbar. Im Sommer sind Hitze mit nachfolgender plötzlicher Abkühlung durch Luftzug und im Winter Ueberhitzung der Verkehrsmittel, schlechte Luft und dann draußen zu starke Abkühlung die hauptsächlichsten Ursachen für Erkältungskrankheiten. Und schließlich sind diese Massentransporte Infektionsquellen großen Ausmaßes besonders in Grippezeiten.

Im Sommer lassen sich die Nachteile der weiten Entfernungen wieder ausgleichen durch die in den Siedlungen der Stadtrandgebiete herrschende gesunde, teilweise sogar kräftige Luft. D r e s e l ist der Ansicht, daß diese Stadtrandsiedelungen unmittelbar und mittelbar gesundheitsfördernd sind:

1. u n m i t t e l b a r:
   Durch gesunde Luft und Bewegung an frischer Luft.
2. m i t t e l b a r:
   Siedlungen sind krisenfest und mehr oder weniger unabhängig von landwirtschaftlicher Produktion (Selbstversorger).

Gewiß ist das Leben in den Randgebieten gesünder als in der inneren Stadt mit ihren Hof- und Kellerwohnungen. Die Menschen sind häuslicher, gehen frühzeitig ins Bett, haben über das Wochende Ruhe. Es ist eben nur die Frage, ob die Hast einer ganzen Woche durch einen in der Ruhe des Landes verbrachten Sonntag aufgewogen werden kann. Nach der Pensionierung allerdings ist es sehr gut und wünschenswert, wenn sich die Menschen in ländliche Gegenden zurückziehen. In welchem Maße dies geschieht, mögen folgende Zahlen beweisen:

1. Vor der Pensionierung:

	Arbeiter (5487)	Angestellte (2046)
Stadt	93 %	94,3 %
Land	5,3%	4,8 %

2. Nach der Pensionierung:

Stadt	84,0% (— 9,0%)	81,9% (— 12,4%)
Land	14,3% (+ 9,0%)	17,2% (+ 12,4%)

Aus den hier angeführten Uebersichten ersehen wir, daß die Abwanderung nach dem Lande bei den Angestelltenpensionären um ca. 3.4 Proz. höher liegt als bei den Arbeitern. Die sozialen Verhältnisse eines Arbeiterpensionärs sind aber durch eine vielleicht vorangegangene Krankheit nicht immer so günstig, wie bei den Angestellten, die sich meist schon während ihrer Dienstzeit eine kleine Summe für die spätere Uebersiedlung nach dem Lande haben zurücklegen können. Außerdem ist noch die meist sitzende Tätigkeit der Angestellten in Betracht zu ziehen. Sie wollen sich durch die Uebersiedlung in ländliche Gebiete einen gewissen Ausgleich schaffen, nur hätte dieser Ausgleichversuch bei den Angestellten nicht erst nach der Pensionierung, sondern schon in jüngeren Jahren vorgenommen werden müssen durch mäßig betriebenen Sport. Aber die Pensionäre erholen sich doch oft so gut, daß man nach einigen Jahren erstaunt sein muß über die noch, bzw. wieder vorhandene Rüstigkeit dieser Menschen. Ueber die Wiedereinsetzung wieder gesunder Pensionäre in den Arbeitsprozeß verweise ich auf den Schluß, in dem noch einige Fälle von Wiedereinstellung und kurz darauf erfolgter Entlassung und Neupensionierung angegeben werden.

II. Die eigentlichen Zusammenhänge zwischen Pensionierungskrankheit und Alter bei den Arbeitern und Angestellten eines Berliner Großbetriebes.

1. Tuberkulose der Atmungsorgane.

	Arbeiter 280		Angestellte 45	= 325
Alter	männlich	weiblich	männlich	weiblich
bis 30	—	—	—	—
31—40	32	17	1	1
41—50	64	14	15	3
51—55	49	3	7	—
56—60	51	5	16	—
61—65	13	—	2	—
65—	2	—	—	—

Krankenkassen-Fälle:

	Erkrankungen 942		Todesfälle 22	
Alter	männlich	weiblich	männlich	weiblich
bis 19	13	4	—	—
20—29	70	56	6	2
30—39	104	32	7	—
40—49	51	21	1	1
50—59	38	4	3	1
60—	9	—	1	—

In der ersten Tabelle sind die männlichen und weiblichen Arbeiter- und Angestelltenpensionäre zusammengestellt worden. Es zeigt sich dabei, daß die Arbeiterinnen in einem Alter bis zu 30 Jahren bereits 3 Pensionäre aufweisen. In dem Zeitraum von 31 bis 40 Jahren ist bei ihnen schon der Höhepunkt mit 17 Pensionärinnen, zwischen 40 und 50 Jahren mit 61 Pensionären (23.0 Proz.) erreicht, dem noch einmal nach anfänglichem Absinken ein Anstieg im Zeitraum zwischen 56 und 60 Jahren auf 51 Pensionäre folgt.

Die Spitze der Krankenkassenfälle liegt etwa 10 Jahre früher als die der Pensionierungsfälle. So waren bei der Krankenkasse 1938 die Spitzenwerte bei Männern im Alter von 20— 29 Jahren 56 Fälle. Es ist gerade bei der Tuber-

kulose der Atmungsorgane, aber auch bei den anderen Erkrankungen auffällig, daß Frauen allgemein früher erkranken und auch teilweise früher pensioniert werden als Männer. Kurz sollen noch die Todesfälle erwähnt werden, bei denen die Männer wesentlich höhere Zahlen aufweisen als die Frauen. Man sollte allerdings glauben, daß eine „zarte" Frau viel eher an einer Tuberkulose stirbt; aber auch hier zeigen sich die früher begangenen Fehler in der Lebensweise bei den Männern, die durch übermäßiges Rauchen und ungeordnetes Leben organisch schon auf das frühe Ende vorbereitet wurden. Die Lunge ist hier als „locus minoris resistentiae" zu betrachten.

Die wegen Tuberkulose der Atmungsorgane pensionierten Angestellten werden zum ersten Male in größerer Zahl in den Jahren 41 –50 mit 15 Pensionierungen festgestellt und erreichen die Spitze in dem Zeitraum zwischen 56 und 60 Jahren mit 16 Fällen.

Aus allen diesen Tabellen läßt sich ersehen, daß die Zahl der Pensionierungen bei Arbeitern in der gleichen Altersstufe von 40 - 50 Jahren um fast genau sechsmal größer ist als bei Angestellten. Arbeiterinnen weisen schon in der Altersklasse bis zu 30 Jahren (also verhältnismäßig junge Jahrgänge) eine ganz beachtlich hohe Zahl von Pensionierungen auf. Gerade bei Tbc. der Atmungsorgane spielen die Faktoren der Umwelt und der Konstitution eine so große Rolle, wie bei fast keiner anderen Erkrankung. Der Arbeiter ist schon in seiner Kindheit durch schlechte Wohnungen, nicht beaufsichtigte tuberkulöse Verwandte, die in den kleinen und oft lichtarmen Großstadtwohnungen mitwohnen, wesentlich stärker gefährdet, während der Angestellte meist einer gesünderen Umgebung, die besser mit den hygienischen Grundbegriffen des täglichen Lebens vertraut ist, entstammt.

Die Eingliederung der Offen-Tuberkulösen in den Arbeitsprozeß mögen einige Beispiele veranschaulichen:

1. **F. M., 27 Jahre, verheiratet.**
   1918 Grippe. 24. 7. 36. Rö.: Herz und Lunge o. B.
   29. 9. 37. Untersuchung, da er Arbeit nicht mehr verrichten kann. Rö.: Verschleierung des rechten Oberfeldes mit verdächtigen Herdschatten.
   Rö.: Lungenfürsorge: Linke Spitze wolkige Trübung. Rechte Spitze ebenfalls wolkig getrübt. **Urteil:** prod.-cirrh. Lungen-Tbc. bds. III. **Aufnahme in Heilsätte angeordnet.**

10. 10. 37. als Offen-Tuberkulöser gemeldet.
16. 10. 38. wird als Revisor mit entsprechendem Arbeitsplatz beschäftigt.

2. **F. E. 55 Jahre, verheiratet.**
22. 2. 39. Verschickungs-Untersuchung: Schlechter Allgemeinzustand; unreines, leises Atmen. **Senkung:** 29/62.
1. 3. 39. Rö.: Lungenfürsorge: Re. geschlossene Lungentuberkulose II prod. cirrh. mit Schwiele. Li.: I/II prod.-infiltrativ. Aufnahme in Lungenheilstätte. Danach Eingliederung in Arbeitsprozeß.

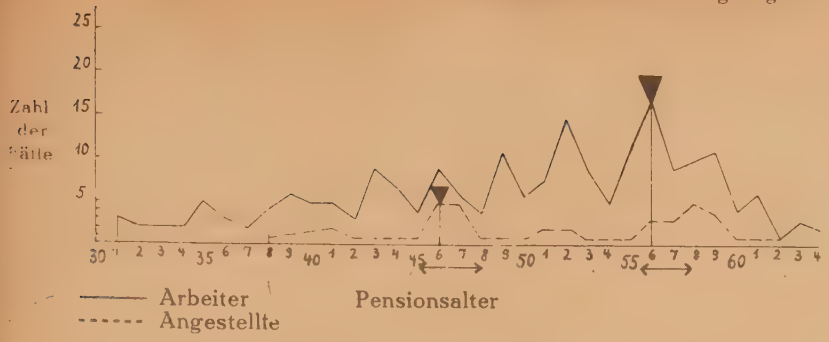
3. **Z. Ch., 24 Jahre, ledig.**
Anamnese: Rachitis, 34 Nierenbluten, Adneitis.
27. 10. 38. Untersuchung: Physikalisch über beiden Lungen feines Knistern.
Urteil der Lungenfürsorge: Doppelseitige prod.-infiltrative Lungen-Tbc mit zahlreichen Einschmelzungen. Weitere Beobachtung in der Lungenfürsorge. Zuweisung eines geeigneten Arbeitsplatzes mit genügendem Abstand von der Umgebung.

4. **M. E. 46 Jahre, verheiratet.**
Fast 30 Jahre im Werk. 1919 angeblich Bauchfell-Tbc.
17. 11. 37. Untersuchung: Rö.: Streifige und fleckige Verschattung beider Ober- und Mittelfelder von oben nach unten abnehmend. **Urteil:** Prod.-cirrh. Lungen-Tbc bds.
Heilstättenbehandlung: 20 Wochen Bethanien. 16 Wochen Beelitz.
9. 8. 38.: In der Wickelei eines unserer Werke mit dem entsprechenden Arbeitsplatz eingestellt.

5. **P. E., verheiratet.** —
23. 6. 39. von der Lungenfürsorge geschickt. Arbeit in der Abteilung ist ihm zu schwer. **Offene Tbc.** Soll in 2—3 m Abstand vom nächsten Arbeitskameraden arbeiten.
7. 7. 39.: Hat nach Rücksprache mit dem Meister leichtere Arbeiten bekommen. Sitzt zur Zeit isoliert. kommt wenig mit dem Nachbarn zusammen.

6. **S. O., 55 Jahre, verheiratet.**
Seit 1905 im Werk. Ist seit 1936 wegen „Magenbeschwerden" in Behandlung. Sucht jetzt wegen dauernd zunehmender Verschlechterung des Befindens die Sprechstunde des Betriebsarztes auf. Klagt über Brustbeklemmungsgefühl und ringförmigen Schmerzen in der Brustgegend.
Rö. Lungenfürsorge: Offene Tbc. rechts I/II. Hilusinfiltrat mit Verdacht auf Caverne. Wegen stark reduzierten Allgemeinzustandes ist Weiterbeschäftigung nicht zu befürworten. Pensionierung.

7. **Sch. H., 47 Jahre, verheiratet.**
Seit 1914 im Werk beschäftigt. Nie ernstlich krank gewesen.
2. 2. 37.: Verschickungsuntersuchung: Befund: Verbrauchtes, elendes und blasses Aussehen. Erheblich verminderter Allgemeinzustand.
Rö.-Aufnahme: Rechtes Ober- und Mittelfeld grobfleckig verschattet. Li.: frei.
Urteil: Aktive, produktive Tbc. rechts II/III.
Wegen äußerst schlechten Zustandes nur noch Pensionierung anzuraten. Antrag gestellt.



2. Nervenerkrankungen.

a) Tabes dorsalis.

	Arbeiter		Angestellte	
Alter	männlich	weiblich	männlich	weiblich
bis 30	—	—	—	—
31—40	2	2	2	—
41—50	17	2	4	—
51—55	11	2	7	—
56—60	10	1	—	—
61—65	5	1	2	—
65—	—	—	—	—

Bei den männlichen Arbeitern wurde der Höhepunkt der Pensionierung in der Zeit zwischen 41 und 50 Jahren erreicht, während die weiblichen Arbeiter in den Altersstufen von 31 bis 40, 41 bis 50 und 51 bis 55 Jahren mit je zwei Pensionierungen beteiligt waren. Die männlichen Angestellten erreichten den Höhepunkt in den Jahren zwischen 51 und 55, also rund 10 Jahre später als die männlichen Arbeiter.

b) Gehirnschlag und Lähmungen (ohne nähere Angaben).

	Arbeiter		Angestellte	
Alter	männlich	weiblich	männlich	weiblich
bis 30	—	—	—	—
31—40	2	—	1	—
41—50	7	—	6	1
51—55	11	1	4	1
56—60	17	—	3	—
61—65	9	—	1	—
65—	—	—	—	—

Die Uebersicht bietet das Bild der Pensionierungen durch die Lähmungen als chronische Folge des Gehirnschlages. Bei den Arbeitern setzen die Pensionierungen immerhin schon in der Zeit zwischen 31 und 40 Jahren ein und erreichen ihren Höhepunkt in dem Zeitraum zwischen 56 und 60 Jahren.

Der Höhepunkt der Pensionierungen der männlichen Angestellten ist ebenfalls in verhältnismäßig jungen Jahren erreicht. und zwar in dem Zeitraum zwischen 41 und 50 Jahren.

Krankenkasse:

	Erkrankungen		Todesfälle	
	39	7	16	3 = 65
Alter	männlich	weiblich	männlich	weiblich
bis 19	—	—	—	—
20—29	—	—	—	—
30—39	3	—	—	—
40—49	5	1	2	—
50—59	16	2	8	1
60—	15	4	6	2

Die Krankenkassen-Statistik zeigt eine Verschiebung der Erkrankungen in das Alter zwischen 50 und 59 Jahren. während die Pensionierungen mit ihrem Höhepunkt erst in dem Zeitraum von 56 bis 60 Jahren. also rund 5 bis 10 Jahre später in Erscheinung treten.

Von tödlich verlaufenden Erkrankungen werden in dem Altersabschnitt zwischen 50 und 59 Jahren 8 (= 50 %) und über 60 Jahre 6 (= 40 %) angegeben.

Sonstige Erkrankungen des Nervensystems.

Unter diesem Titel sind sowohl bei der Pensions-Statistik als auch bei der Krankenkassen-Statistik einbegriffen die Schizophrenie. die Epilepsie und die Erkrankungen der Sinnesorgane.

	Arbeiter		Angestellte	
	633	220	404	51 = 1328
Alter	männlich	weiblich	männlich	weiblich
bis 30	1	1	—	—
31—40	27	54	12	9
41—50	152	94	105	17
51—55	177	41	116	15
56—60	204	20	129	6
61—65	92	10	42	4
65—	—	—	—	—

Krankenkasse.

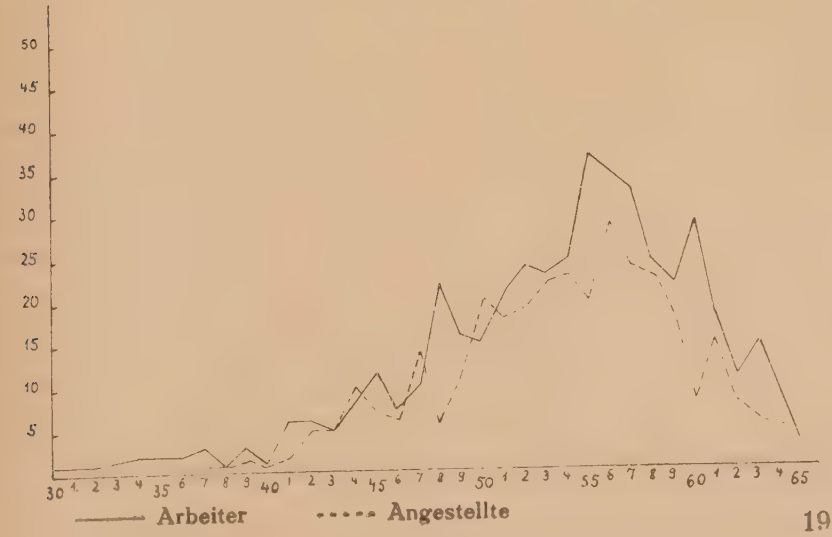
	Erkrankungen		Todesfälle	
	1036	1105 = 2141	5	2 = 7
Alter	männlich	weiblich	männlich	weiblich
bis 19	25	31	1	—
20—29	204	362	1	1
30—39	397	433	2	1
40—49	219	213	—	—
50—59	154	58	1	—
60—	37	8	—	—

Das Alter, in dem Arbeiter am meisten wegen der oben genannten Erkrankungen pensioniert werden, liegt zwischen 56 und 60 Jahren, während der Höhepunkt der frisch gemeldeten Krankenkassenfälle bereits in den Zeitraum von 30 bis 39 Jahren fällt. Bei Arbeiterinnen dagegen liegen die Krankenkassenfälle in genau denselben Jahren wie bei den Arbeitern, doch ist der Höhepunkt der Pensionierungen bereits in dem Zeitraum zwischen 41 und 50 Jahren erreicht.

Bei den männlichen Angestellten liegen die Spitzenwerte der Pensionierungen zwischen 56 und 60 Jahren und bei den weiblichen Angestellten bereits in den Jahren von 41 bis 50.

Auch hier ist zwischen dem vermutlichen ersten Auftreten der Erkrankungen und dem jeweiligen Höhepunkt der Pensionierungen ein Zeitraum von etwa 20 bis 25 Jahren zu erkennen.

Nervöse Erkrankungen



3. Chronischer Gelenkrheumatismus, Gicht und Arthrosis deformans.

	Arbeiter		Angestellte	
	602		104	= 706
Alter	männlich	weiblich	männlich	weiblich
bis 30	1	1	—	—
31—40	2	11	3	2
41—50	47	43	8	4
51—55	104	25	19	5
56—60	199	23	43	2
61—65	129	17	17	1
65—	—	—	—	—

Krankenkassenfälle.

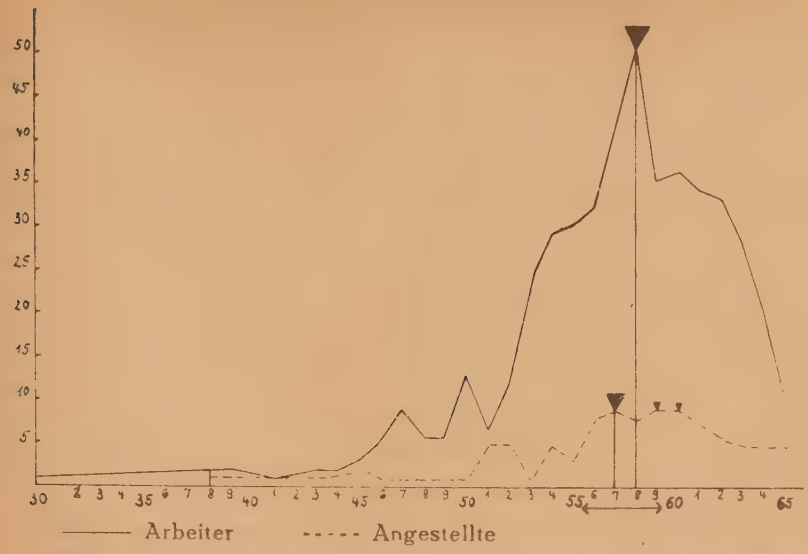
Alter	männlich	weiblich
	1820	877 = 2697
bis 19	52	44
20—29	391	224
30—39	701	336
40—59	381	215
50—59	206	51
60—	89	7

Der chronische Gelenkrheumatismus ist eine entzündliche, sehr leicht zu Rückfällen neigende Gelenkerkrankung, die ganz besonders vorwiegend in den schwere Arbeiten verrichtenden Bevölkerungsschichten vorkommt. Hierbei können Ursachen verschiedenster Art angenommen werden.

1. Endokrine Störungen während der Klimax. Lokalisation in den kleinen Gelenken.
2. Infektiöse Ursachen: Schlechte Zähne, zerklüftete Tonsillen und Magen-Darmerkrankungen.

Der chronische Gelenkrheumatismus zeigt im Laufe der Zeit drei verschiedene Formen:

1. Die einfache Form mit geringen Schmerzen, Gelenkschwellungen und Bewegungseinschränkung.
2. Die schwere Form mit hochgradigen akut-entzündlichen Schüben.
3. Die ankylosierende Form, bei der infolge Schrumpfung der erst gedehnten Kapsel und Zerstörung des Gelenkknorpels Ankylosen auftreten.



Wie wir sehen, liegt die Pensionierungsspitze bei Arbeitern und männlichen Angestellten in den Jahren von 56 bis 60, während sie bei den Arbeiterinnen bereits in dem Zeitraum von 41 bis 50 Jahren erreicht ist.

Ein chronisch rückfälliger Gelenkrheumatismus ist besonders bei Arbeitern häufig in jüngeren Jahren zu beobachten. Durch ihren Beruf und oft durch einen ungünstigen Arbeitsplatz sind die Arbeiter den schädigenden Einflüssen ausgesetzt. Hier muß die Arbeit des Betriebsarztes einsetzen und durch das Erkennen der noch so geringen Symptome die Kranken einer möglichst sofortigen, nachdrücklichen, am besten fachärztlichen, Behandlung zuführen.

Nicht besonders aufgeführt sind hier die chronischen Erkrankungen der Wirbelsäulengelenke und -Bänder, unter denen die wichtigste und häufigste die „Bechterew'sche Erkrankung" ist. Die Veränderungen bei dieser Krankheit treten unabhängig von den äußeren Lebens- und Arbeitsbedingungen schon in verhältnismäßig jungen Jahren auf, führen in höherem Alter mitunter zu völliger Versteifung der Wirbelsäule und sind im Sinne einer Rückbildung in keiner Weise beeinflußbar.

Die Arthrosis deformans ist eine fortschreitende chronisch deformierende Gelenkerkrankung. Besonders charakteristische Veränderungen finden sich an den Knorpeln und

Knochen der Gelenke. Es können bei der Arthrosis deformans zwei Arten unterschieden werden:

1. atrophisch-degenerative Form. Knochen und Knorpel schwinden durch Erweichung und Zerfaserung. Es kommt zur Bildung von Schleifurchen.
2. hypertrophisch-proliferierende Form. Es kommt hierbei zu Knorpel- und Periostwucherungen (Korallenwulst). Entstehung von freien Gelenkkörpern begünstigt. Keine Bildung von Ankylosen.

Die eigentlichen Ursachen der Arthrosis deformans sind meist unbekannt. Eine begünstigende Einwirkung bei sehr frühzeitigem Auftreten wird vorangegangenen Unfällen und langer Ruhigstellung nach Operationen zugeschrieben. Außerdem können als Ursachen für eine Arthrosis deformans am Knie Senkfüße erheblichen Grades. O-Beine, rachitische Deformitäten der Beine und eine überaus starke Belastung durch hohes Körpergewicht mit gleichzeitig unzweckmäßiger Arbeit angesehen werden.

Das Diagramm über die Zwischenräume von Jahr zu Jahr ergibt noch einige weitere aufschlußreiche Zahlen. Bei den Angestellten treten die Pensionierungen wegen Gelenkerkrankungen durch Rheumatismus etwa 8 Jahre später ein, während die höchste Zahl schon viel früher erreicht wird als bei Arbeitern.

Die Arthritis urica, in der Regel hervorgerufen durch langjährige unvernünftige Ernährungsweise, bei meist sitzender Beschäftigung, spielt bei den älteren Angestellten eine sehr große Rolle.

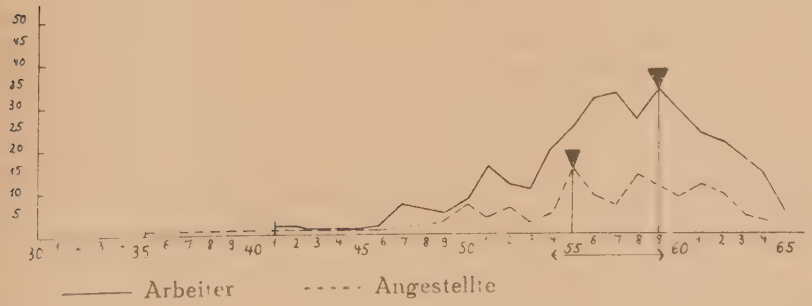
4. Herzmuskelerkrankungen.

	Arbeiter		Angestellte		
	420		138		= 558
Alter	männlich	weiblich	männlich	weiblich	
bis 30	—	—	—	—	
31—40	—	6	2	—	
41—50	35	15	11	2	
51—55	84	16	33	4	
56—60	155	17	51	4	
61—65	84	7	30	1	
65—	1	—	—	—	

Die Herzmuskelerkrankungen treten primär und sekundär auf. Primär durch die direkte Schädigung des Herzmuskels mit anginösen Beschwerden und nervösen Erscheinungen, kleinem, schnellem oder auch sehr langsamem Puls. Die sekundären Erkrankungen des Herzmuskels offenbaren sich unmittelbar als toxische Erkrankungen bei Sepsis und Diphtherie oder anderen schweren Infektionskrankheiten. Sie können auch als postinfektiöse Erkrankungen kurze Zeit nach Infektionskrankheiten auftreten.

Die häufigste Form der degenerativen Veränderungen der Herzmuskelfasern, die Verfettung, ist eine der am meisten beobachteten Stoffwechselerkrankungen. Diese Art der Herzmuskelerkrankung ist auch konstitutionell bedingt, denn es leiden an dieser Verfettung vorwiegend die Pykniker. Die meisten Erkrankungen des Herzmuskels werden nicht gleich der richtigen Behandlung zugeführt, da sie von den Patienten als „nicht so wichtig" angesehen und meist erst in einem späteren Stadium subjektiv wahrgenommen werden. Bewegung an frischer Luft, täglich sich steigernde Spaziergänge und bei sitzenden Berufen leichter Ausgleichssport sind die besten Mittel, einen Menschen mit einer Herzmuskelerkrankung leichterer Natur wieder voll leistungsfähig zu machen. Allerdings trifft dies bei den toxischen Folgezuständen nicht zu, da die Schädigungen dabei zu schwerer Art sind. Bei der Uebersicht zeigt sich eine fast gleichmäßige Verteilung der Erkrankung auf die Altersklasse von 36 bis 60 Jahren. Das die einzelnen Jahre berücksichtigende Diagramm zeigt das frühere Einsetzen der Pensionierungen bei Angestellten mit 35 Jahren und bei Arbeitern erst mit 41 Jahren.

Herzmuskelerkrankungen



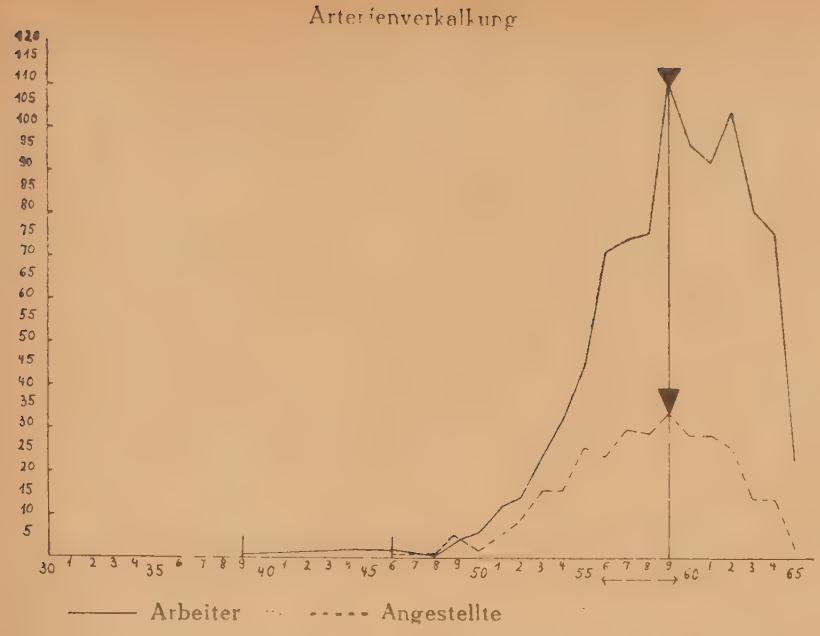
5. Arterienverkalkung.

	Arbeiter 1020		Angestellte 322	= 1342
Alter	männlich	weiblich	männlich	weiblich
bis 30	—	—	—	—
31—40	1	—	—	—
41—50	16	2	9	2
51—55	129	13	72	1
56—60	430	25	146	5
61—65	380	21	85	2
65—	2	1	—	—

Krankenkassenfälle.

Alter	männlich 40	weiblich 5	= 45
bis 19	—	—	
20—29	—	—	
30—39	—	—	
40—49	4	1	
50—59	16	2	
60—	20	2	

Als Pensionierungskrankheit tritt die Arterienverkalkung mit zunehmendem Alter besonders stark in Erscheinung. Die höchste Zahl der Pensionierungen liegt bei Arbeitern und Angestellten gleich hoch in dem 56. bis 60. Lebensjahr, nach dem Diagramm bei beiden im 59. Lebensjahr. Im Alter über 65 Jahre finden wir nur noch 2 Arbeiterpensionäre. Die Krankenkassenfälle beginnen mit dem 40. Lebensjahr und steigen naturgemäß mit zunehmendem Alter noch weiter an. Leider sind aber die arteriosklerotischen Erscheinungen und deren Folgezustände nicht so mit Erfolg zu bekämpfen, wie es vielleicht bei den anderen Erkrankungen möglich ist. Deshalb wird das Pensionierungsalter auch wenig zu beeinflussen sein und die Arteriosklerose als Pensionierungskrankheit immer verhältnismäßig früh in Erscheinung treten.



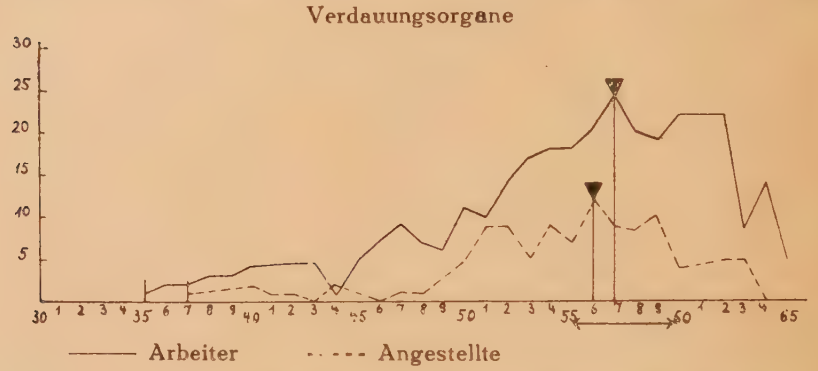
6. Erkrankungen der Verdauungsorgane. (Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür und Erkrankungen der Gallenblase.)

	Arbeiter 301		Angestellte 101	= 402
Alter	männlich	weiblich	männlich	weiblich
bis 30	—	—	—	—
31—40	15	10	3	4
41—50	45	24	11	5
51—55	66	6	31	6
56—60	79	5	34	—
61—65	46	5	7	—
65	—	—	—	—

Krankenkassenfälle.

Alter	männlich 2417	weiblich 1115	= 3532
bis 19	123	90	
20—29	702	405	
30—39	872	386	
40—49	421	174	
50—59	260	52	
60—	39	8	

Ueber die Aetiologie der Magen-Darm-Erkrankungen ist schon viel geschrieben und es sind die verschiedensten Meinungen vertreten worden. In einem so großen Betrieb kommt man der neurogenen Entstehung der Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre am nächsten durch die ständige Beobachtung der Patienten in der Sprechstunde zu verschiedenen Zeiten und unter sonst den gleichen Bedingungen. Als Ergänzung zu dieser Ansicht kommen noch die weiten Anfahrten in Groß-Berlin zu den Arbeitsstätten und die durch die dauernde Eile schlecht und ungenügend gekauten Speisen, die oft auch in viel zu heißem Zustand genossen werden. Da die Magen- und Darmerkrankungen durch ihre ausgezeichnete medikamentöse und diätetische Beeinflußbarkeit sehr schnell gebessert werden können, liegen die



Pensionierungsziffern verhältnismäßig niedrig und zeigen in den einzelnen Jahrzehnten nur ganz geringe Schwankungen. Schlechte Pflege der Zähne und des Mundes lassen schon in den Altersklassen bis zu 29 Jahren die Zahlen der Kranken-Fälle bei Männern auf 70 % und bei Frauen auf 40 % steigen. Auch hier muß immer wieder auf die Bedeutung der Zahn- und Mundpflege in den einzelnen Betrieben hingewiesen werden. Gutes Anschauungsmaterial in Gestalt von Tafeln ist dabei von großem Vorteil. Die meisten Kranken sind für diesen Anschauungsunterricht sehr dankbar und lassen sich als ersten Erfolg gleich in den nächsten Tagen einen Kassenschein für den Zahnarzt geben, um die schlechten Zähne entfernen zu lassen. In den meisten Fällen tritt dann eine Besserung der Beschwerden ein. Hartnäckige Magengeschwüre lassen sich natürlich nur durch langdauernde Behandlung beeinflussen, bei der die Patienten

nur leider bald ungeduldig werden. Hier hilft stets eine energische gesundheitliche Führung durch den Betriebsarzt und die erneute Verweisung an den behandelnden Arzt. Die Schwierigkeit, den Gefolgschaftsangehörigen eine richtige Magendiät in den Speisesälen zu verabfolgen, liegen wohl klar; darüber hinaus muß ihnen aber die Möglichkeit gegeben werden, auch während der Arbeitszeit öfter eine Kleinigkeit zu sich zu nehmen. Für die Durchführung einer häuslichen Diät ergeben sich auch meist Unzulänglichkeiten dadurch, daß in vielen Fällen die Frau auch berufstätig ist und dadurch der ganze Haushalt und die Versorgung des Kranken mit ihm zuträglichen Speisen in große Schwierigkeiten gerät.

III. Der Standpunkt des Betriebsarztes.

1. Die Möglichkeit, die Pensionierungs-Ursachen durch die ärztliche Betreuung, Aufklärung und ständige Beaufsichtigung im Betrieb zu vermeiden und dadurch das Pensionierungs-Alter heraufzusetzen, eröffnet sich der Tätigkeit des Betriebsarztes.

Nach den Richtlinien des Amtes für Gesundheit und Volksschutz der D.A.F. ist eine der Hauptaufgaben des Betriebsarztes die vorbeugende ärztliche Betreuung der Gefolgschaftsmitglieder. Uebernimmt der hauptamtlich eingesetzte Betriebsarzt seine Tätigkeit in einem Werk, so wird er sich durch möglichst eingehende Untersuchung zunächst einmal ein umfassendes Bild von dem Gesundheitszustand der Gefolgschaft machen. Es sollen die als häufigste Pensionsursachen auftretenden Krankheiten bei dieser Gelegenheit erfaßt und möglichst bald eine gründliche fachärztliche Untersuchung und Behandlung in die Wege geleitet werden. Die nach der ärztlichen Behandlung einsetzende laufende ärztliche Ueberwachung im Betrieb hat solange zu dauern, bis eine endgültige oder dauernde Heilung oder zumindest ein erträglicher Körperzustand erreicht worden ist.

Der Hinweis auf etwa mögliche Gesundheitsschädigungen soll in jedem noch so großen Betriebe erfolgen. Ob das nun in Form von kleinen, nur das Wesentliche enthaltenden Merkblättern mit charakteristischen Abbildungen in Form von kurzen, nicht ermüdenden Aufklärungsvorträgen oder in direkter Aufklärung am Arbeitsplatze selbst oder in der Sprechstunde zu erreichen ist, das hängt jeweils von der

Lage der Dinge ab. Weise Beschränkung ist jedoch am Platze, um nicht Hypochondrie oder Krankheitsfurcht zu züchten.

Die ständige genaue Beaufsichtigung der Arbeitsplätze, der Arbeitsbedingungen und der schädigenden Stoffen wie Blei, Quecksilber, Oele oder Benzol ausgesetzten Arbeiter ist ebenfalls eine Möglichkeit, den Pensionierungskrankheiten vorzubeugen und sie schon in ihren Frühsymptomen, noch ehe irgendwelche Schäden auftreten, zu erkennen und ihre Ursachen mit Erfolg zu beseitigen. Der Betriebsarzt soll sich auch hier die Mitarbeit des staatlichen Gewerbearztes versichern. Schon bei begründetem Verdacht auf eine Berufskrankheit hat er die vorgeschriebene Meldung an den staatlichen Gewerbearzt zu erstatten.

Ist die Erkrankung eines Gefolgschaftsmitgliedes nicht mehr im Anfangsstadium, so besteht noch die Möglichkeit, falls es sich um ausgesprochen chronische, dauernd zur Verschlechterung neigende Erkrankung handelt, die Arbeitskraft dadurch zu erhalten, daß mit allmählich beginnender Arbeits e n t l a s t u n g der Kranke der noch möglichen Arbeits b e l a s t u n g angeglichen wird. Während der gesunde Mensch bis zu einem gewissen Grade einer steigenden Arbeitsbelastung ausgesetzt werden kann, muß man dem Kranken, um ihn nicht ganz dem Arbeitseinsatz zu entziehen, die Entlastung in jeder Weise, soweit es in einem großen oder kleinen Betriebe möglich ist, zubilligen. Natürlich ist es durchaus möglich, daß bei Gefolgschaftsmitgliedern, bei denen auch durch weitgehendste Arbeitsentlastung eine ausreichende Besserung in ihrem Krankheitszustand nicht erreicht werden kann, letzten Endes doch die Pensionierung eintreten muß.

Es muß durch die oben angeführten Maßnahmen dem Betriebsarzt möglich werden, in Verbindung mit der immer wiederkehrenden Aufklärung auch über die persönliche Lebensführung und die persönliche Hygiene im Haushalt und an der Arbeitsstätte, daß die Pensionierungsursachen auf ein Mindestmaß zurückgeführt werden und dadurch allgemein das Pensionierungsalter wesentlich heraufgesetzt werden kann.

2. Das gesundheitliche Verhalten der bereits pensionierten Arbeiter und Angestellten nach erneuter Wiedereinstellung.

In der Zeit angespanntester Arbeit und des Mangels an gelernten Arbeitskräften ist noch die Frage von Bedeutung, wie die nach einigen Jahren der Pensionierung wieder in den Arbeitsprozeß eingegliederten Gefolgschaftsmitglieder gesundheitlich auf die immerhin ziemlich starken Anforderungen reagieren, die an sie gestellt werden. Die hier angeführten Fälle von Wiedereinstellung pensionierter Arbeiter beziehen sich alle auf das Jahr 1939. Ein großer Teil von ihnen ist zu einer Zeit pensioniert worden, als allgemein der betriebsärztliche Dienst noch nicht so gut ausgebaut war wie heute und als sich der Mangel an hochwertigen Arbeitskräften noch nicht so stark bemerkbar machte. Die Pensionierungen wurden damals noch zum Teil auf Gutachten gestützt, die von sonst frei beruflich tätigen Vertragsärzten abgegeben wurden. Sicher hätte mancher von den Pensionären damals weiter arbeiten können, aber man legte eben einen nicht so strengen Maßstab an; ferner waren die das Gutachten abgebenden Aerzte meist so überlastet, daß ihnen die Zeit fehlte, um im Betrieb noch die Arbeitsbedingungen eingehend zu prüfen. Heute ist es den hauptamtlichen Betriebsärzten leichter möglich, zu beurteilen, ob ein Arbeiter oder Angestellter wirklich pensioniert werden muß, ob dauernd oder nur für eine bestimmte Zeit und mit welchem Grade der Erwerbsverminderung man auf diese Zeit rechnen kann. Der längere Zeit hindurch in einem Werk tätige Betriebsarzt kennt die Gefolgschaftsmitglieder ganz genau und kann sich deshalb ein sehr gutes Urteil bilden, während früher die Aerzte meist auf den äußeren Eindruck, den die Pensions-Anwärter machten und auf deren Angaben angewiesen waren.

1. **E. Sp.** ♀, **56 Jahre,** wurde nach 10jähriger Werkszugehörigkeit 1937 pensioniert.
   Bef.: Zustand nach 3 Unterleibsoperationen. Kann nach den bei der Pensionierung gemachten Angaben bei der Arbeit weder sitzen noch stehen.
   Wiedereinstellung (W. E. Urteil): einsatzfähig für leichtere, teils sitzende, teils stehende Arbeiten.
2. **P. Sch.** ♂, **62 Jahre,** wurde 1935 nach 27jähriger Werkszugehörigkeit **krankheitshalber pensioniert.**

Bef. (1935): Krampfadern, offene Füße, Ischias und Zustand nach Rippenfraktur.
Die Beschwerden haben sich in der Zwischenzeit nicht gebessert, sondern durch die lange Ruhe und vielleicht unvernünftige Lebensweise noch verschlechtert.
W. E. Juli 1939: Trotz der noch bestehenden Beschwerden durch die Krampfadern und die statischen Beschwerden ist Sch. einsatzfähig für leicht im Sitzen auszuführende Arbeiten.

3. **O. M.** ♂, **59 Jahre,** pensioniert nach 15jähriger Werkszugehörigkeit.
Bef. (Pens.): Schwere in den Beinen; starke Krampfadern und Senkfüße. Geringe Herzmuskelschwäche.
W. E. 1939: Tauglich für mittelschwere, sitzende Arbeiten an leichter Maschine oder in der Revision.

4. **O. W.** ♂, **58 Jahre,** pensioniert wegen chronischen Rheumatismus in den Füßen und in den Knöchelgelenken. (Erhält **nur** Pension, keine Invalidenrente).
Bef. (Pens.): noch Reißen in beiden Knie- und Fußgelenken, Brustbeklemmung mit Schweißausbruch und Schwächegefühl. Anginöse Beschwerden.
W. E. Juli 1939: einsatzfähig für leichte sitzende Beschäftigung in einigermaßen guter Luft.
27. 9. 39.: krankgeschrieben; Rheumatismus.
30. 9. 39.: wurde wegen des immer wiederkehrenden und in diesem Alter starke Beschwerden machenden chronischen Rheumatismus erneut entlassen und wieder pensioniert.

5. **W. Kr.** ♂, **50 Jahre.** 1930 wegen Nervenschwäche und Zustand nach ulcus duodeni nach 20jähriger Werkszugehörigkeit **pensioniert.**
W. E. Juli 1939: außerordentlich gebesserter Zustand. Kr. ist voll einsatzfähig als Elektromonteur.

6. **K. H.** ♂, **65 Jahre (Schmied),** pensioniert 1932 nach 28jähriger Werkszugehörigkeit.
Bef. (Pens.): chronischer Rheumatismus der Finger- und Kniegelenke
W. E. Juli 1939: einsatzfähig für leichten sitzenden Bürodienst. Anerkennung als Schwerbeschädigter.

7. **G. H.** ♂, **57 Jahre (Schlosser):** pensioniert 1932 wegen Nervenschwäche nach 26jähriger Werkszugehörigkeit.
Bef. (Pens.): gürtelförmig ausstrahlende Krämpfe in Oberbauch mit Schwindelanfällen. Anginöse Beschwerden.
W. E. Juli 1939: als Schlosser **nicht** einsatzfähig.
Leichtere Arbeiten wären möglich.

8. **E. G.** ♂, **53 Jahre (Lagerarbeiter),** nach 22jähriger Werkszugehörigkeit 1932 wegen Herz- und Nervenschwäche pensioniert.
Bef. (Pens.): Schwindelgefühl, Herzbeschwerden, Ohren- und Kopfsausen. Beschwerden haben sich inzwischen nicht gebessert. Hat Beruf in der Zwischenzeit nicht ausgeübt.
W. E. 1939: nicht einsatzfähig wegen der noch bestehenden allgemeinen Körperschwäche und Anaemie von 63% Hb.

In dem Zeitraum vom 17. 7. 1939 bis zum 15. 11. 1939 wurden in einer Dienststelle des Betriebes insgesamt 83 Pen-

sionäre (21 Frauen und 62 Männer) zwecks Wiedereinstellung nachuntersucht. Die einzelnen Pensionierungskrankheiten, auf Grund deren die Männer oder Frauen vor einigen Jahren pensioniert wurden, verteilen sich auf Männer und Frauen folgendermaßen:

Pensionierungskrankheit	Männer	Frauen
Nervenschwäche	11	2
Herzbeschwerden	10	1
Magenleiden	4	2
Chron. Gelenkrheumatismus	2	—
Arteriosklerose	1	—
Offene Beine	3	—
Hoher Blutdruck	1	1
Augenleiden	1	—
Allg. Körperschwäche	4	—
Zuckerkrankheit	1	—
Unterleibsgeschwulst	—	2
Lungen-Tbc	1	—
Nierenerkrankung	1	—
Unfallfolgen	1	1
Prostatahypertrophie	1	—
Sonstiges	20	12
	62	21

Von diesen 83 Untersuchten waren:

1. Volleinsatzfähig: 54 = 64,5 %
2. Nichteinsatzfähig: 29 = 35,5 %

Die Letzteren wurden nach mehr oder weniger langer versuchsweiser Arbeitszeit erneut pensioniert.

Zusammenfassung.

Zusammenfassend kann über die „Zusammenhänge zwischen Pensionierungskrankheit und -Alter bei den Arbeitern und Angestellten eines Berliner Großbetriebes" folgendes gesagt werden:

Die Untersuchungen gingen aus von den Begriffen Konstitution, persönliche Lebenshaltung, Arbeitsplatz und dessen Umgebung und dem Weg zur Arbeitsstätte unter Berücksichtigung der Groß-Berliner Verkehrsverhältnisse. Diese Umstände werden bei fast allen Pensionierungskrankheiten eine gewisse Rolle mitspielen, wenn sie auch nicht immer besonders aufgeführt worden sind. Während die Abschnitte über die Konstitution und den Arbeitsplan hier nur allgemein in großen Zügen behandelt wurden, ist auf die Fragen der persönlichen Lebensführung und des Weges zu den Arbeitsstätten als besonders hier in Berlin wichtige Fragen ausführlicher eingegangen worden.

Auf die persönliche Lebenshaltung weisen die Zahlen hin, die die in dem Jahre 1938 durch die Statistik der Krankenkasse erfaßten frisch behandelten Fälle von Gonorrhoe und Lues betreffen. Hierbei war zu beachten die hohe Zahl der frischen Go.-Fälle in einem für arbeitende Frauen unverhältnismäßig hohen Alter von 40—49 Jahren.

Diesem Ergebnis wurde die sehr große Zahl nichtvenerischer Erkrankungen der Geschlechtsorgane bei Frauen gegenübergestellt, die in einem Alter von 20 bis 29 Jahren ihren Höhepunkt mit 814 Erkrankungen erreichen.

Auch bei den anderen Pensionierungskrankheiten konnte nicht an den sehr aufschlußreichen Zahlen, welche die Krankenkasse bot, vorübergegangen werden, da sie die weitere Entwicklung der Krankheiten, die dann zur Pensionierung führen, zeigen.

Die Groß-Berliner Verkehrsverhältnisse bedingen eine große Belastung der arbeitenden Bevölkerung durch die weiten Anmarschwege zur Arbeitsstätte. Es sind hier drei Statistiken zusammengestellt worden über:

1. Die Art der Verkehrsmittel und das Verhältnis ihrer Benutzung durch die Angehörigen unserer Betriebe.
2. Die Zeit der Anfahrt.
3. Die Entfernung des Wohnortes von der Arbeitsstätte.

Ueber den Wohnort wurden noch zwei andere wichtige Angaben gemacht, nämlich

1. V o r der Pensionierung
2. N a c h der Pensionierung.

Bei den einzelnen Kapiteln über Pensionierungskrankheiten und -Alter liegen die Erkrankungen, die von den Krankenkassen erfaßt wurden, meist etwa 10 Jahre vor der Pensionierung. In diesem Zwischenraum wird, wie man wohl allgemein annehmen kann, die Behandlung durch den Hausarzt, gegebenenfalls im Krankenhaus, durchgeführt. Stellt sich bei den einzelnen Erkrankungen keinerlei Besserung ein und werden sie chronisch, dann muß schließlich die Pensionierung ins Auge gefaßt werden. Das Pensionierungsalter ist ebenfalls in den Tabellen angeführt und erstreckt sich jedesmal auf einen Zwischenraum von neun Jahren. Die besonders bei einzelnen Erkrankungen angeführten Diagramme geben Aufschluß über Pensionierungskrankheit und -Alter und zwar werden hierbei Zeitabschnitte von je einem Jahr berücksichtigt. Besonders wichtig sind die sowohl in den Tabellen als auch in den Diagrammen gefundenen Unterschiede bei den Pensionierungserkrankungen der Arbeiter und der Angestellten, wobei die Umwelt, Lebensart und Lebensgewohnheiten des Einzelnen eine große Rolle spielen.

Der Standpunkt des Betriebsarztes zu den Zusammenhängen zwischen Pensionierungskrankheit und -Alter ist folgender:

1. Die Betreuung der Gefolgschaftsmitglieder zur Verhütung von Erkrankungen, die zur frühzeitigen Pensionierung führen können.
2. Aufklärung über Gesundheitsschädigungen und ihre Vorbeugung sowie über das Verhalten bei schon vorhandenen Krankheitszuständen.
3. Bei schon bestehender Erkrankung soll — ebenso wie in höherem Lebensalter — allmählich Arbeitsentlastung eintreten.
4. Es muß durch die ärztliche Betreuung in den Betrieben erreicht werden, die zur Pensionierung führenden Ursachen möglichst frühzeitig zu erkennen und dadurch die Pensionierung soweit hinauszuschieben, als dies die Maßnahmen der Gesundheitssicherung und Gesundheitsführung zulassen.

Solche Maßnahmen dienen gleichmäßig dem Gefolgschaftsmitglied und dem Betriebe und sind besonders wichtig für die Gesunderhaltung fachlich ausgebildeter Arbeiter und Angestellter.

Die Frage der Wiedereinstellung der Pensionäre in den Arbeitsgang wird in dem letzten Abschnitt untersucht und über einzelne Wiedereinstellungen mit kurzen Befunden berichtet. Bei der in der Zeit vom 17. 7. 1939 bis 15. 11. 1939 vorgenommenen Nachuntersuchung von 83 Pensionären wurden 64,5 % als voll einsatzfähig befunden, während nur 35,5 % wegen noch bestehender schwerer Erkrankung nicht mehr in den Arbeitsprozeß eingereiht werden konnten, bzw. danach pensioniert werden mußten.

Zum Schluß möchte ich Herrn Ministerialrat Dr. Dr. M. Bauer für die Ueberlassung des Themas und für wertvolle Anregungen meinen Dank aussprechen.

Literaturverzeichnis.

1. Scherler: Querschnitt durch die deutsche Sozialversicherung.
2. Bauer: Ueber Sozialversicherung, Arbeitsschutz und Reichsversorgung.
3. Weber: Ueber Krankheiten der Rückbildungsjahre und des Alters.
4. Schulungsbrief der NSDAP. V/12/1938.
5. Satzungen der
   a) Angesteliten-Pensions-Witwen und Waisenkasse,
   b) Arbeiter-Pensions-Witwen- und Waisenkasse eines Berliner Großbetriebes.
6. Bericht und Satzungen der Betriebskrankenkasse eines Berliner Großbetriebes.
7. Werksmitteilungen eines Berliner Großbetriebes.

Lebenslauf.

Am 28. 6. 1907 wurde ich, Siegfried von Broecker, als Sohn des Pfarrers an der St. Paulusgemeinde in Halle-Saale Arthur von Broecker und seiner Ehefrau Margarete, geb. Maaß, geboren.

Zunächst besuchte ich das humanistische Gymnasium, danach das Reformrealgymnasium in Halle-Saale. Zuletzt besuchte ich das Reform-Realgymnasium in Naumburg-Saale, wo ich am 3. März 1929 das Abiturientenexamen bestand.

Das medizinische Studium begann ich im Sommer-Semester 1929 in Jena. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich Ende des Winter-Semesters 1932/33 in Leipzig. Während der klinischen Semester studierte ich nacheinander an den Universitäten Halle-Saale, der Staatlichen Akademie für praktische Medizin in Danzig, Leipzig und bestand im Sommer-Semester 1937 das Medizinische Staatsexamen in Leipzig.

Die Ableistung des praktischen Jahres begann ich in der Chirurgischen Poliklinik der Universität Leipzig und beschloß sie in der Medizinischen Poliklinik der Universität Leipzig. Danach war ich 9 Monate Volontär-Assistent an der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik. Am 1. Mai 1939 begann ich meine Tätigkeit als hauptamtlicher Betriebsarzt, in welcher Eigenschaft ich jetzt die ärztliche Betreuung eines Großbetriebes in Berlin übernommen habe.

Meine Lehrer waren:

1. in Jena: Graeper, Maurer, Noll, Plate, Renner, v. Skramlik, Sieverts, Wien.
2. in Halle: Eckardt-Möbius, Grund, Klausen, Nürnberger, P. Schmidt, Voelcker.
3. in Danzig: Adam, Fuchs, Granzow, Helmbold, Nast.
4. in Leipzig:
   a) vorklinisch: Held, Thomas, Gildemeister, Ruhland, Debeye, Helfrich.
   b) klinisch: Catel, Dresel, Gros, Hochrein, Huek, Jeß, Lange, Payr, Raestrup, Schede, Schoen, Schröder, P. Schröder, Sonntag, Spiethoff